



Bergen County Community Action Partnership, Inc.

Child Care Services

Head Start/Early Head Start

Administrative Offices

241 Moore Street, Hackensack, NJ 07601

Phone: (201) 366-1020 ext. 2135

Fax: (201) 366-1024

Expectant Mom's Program

Bergen County Community Action Partnership, Inc.



Child Care Services Head Start/Early Head Start Administrative Offices

241 Moore Street, Hackensack, NJ 07601
Phone: (201) 366-1020 ext. 2135
Fax: (201) 366-1024

Enclosed is the application for **Bergen County Community Action Partnership, Inc., Early Head Start Expectant Mom's Program**. Please complete all sections. You must personally bring the completed application and required documentation to our Administrative Offices located at:

263 Lafayette Ave.
Cliffside Park, NJ 07010

Applications are accepted:

Monday through Thursday
9:30 A.M until 11:30 A..M. and
1:30 P.M. until 3:30 P.M.

Required Original Documentation

1. The completed application.
2. Income verification for household:
 - Last year's Income Tax Return, Form 1040.
 - Two (2) current consecutive pay stubs for bi-weekly or bi-monthly payroll; Four (4) current consecutive pay stubs for weekly payroll.
 - If you are receiving any form of public assistance, we will need a letter from Social Services stating what and how much you are receiving.
 - Verification of any child support payments you may be receiving.
 - Divorce decree (if applicable).
 - Notarized letter (on company letterhead) from employer stating your salary, hours, as well as your year-to-date income (if applicable).
 - Social Security card(s) for all members in the family (**Optional**).
3. Proof of residency that shows your current address.
 - Original Lease or Deed.
 - A current electric or gas bill.
 - A current telephone bill.
4. Medical Insurance Card.

Please call us at the telephone number shown above with questions. Thank you.

Bergen County Community Action Partnership, Inc.



Child Care Services Head Start/Early Head Start Administrative Offices

241 Moore Street, Hackensack, NJ 07601
Phone: (201) 366-1020 ext. 2135
Fax: (201) 366-1024

Adjunto encontrará la aplicación para **Early Head Start Expectant Mom's Program** del **Bergen County Community Action Partnership, Inc.** Por favor llene todas las secciones. Usted debe traer la aplicación con todos los documentos originales a nuestra Oficina Administrativa localizada en:

263 Lafayette Ave.
Cliffside Park, NJ 07010

Aplicaciones son aceptadas:

Lunes a Jueves
9:30 A.M hasta 11:30 A.M. y
1:30 P.M. hasta 3:30 P.M.

Documentación Original Requerida

1. Aplicación completamente llenada.
2. Prueba de ingreso de la familia:
 - Copia de los Impuestos del año anterior (Income Tax Return, Form 1040).
 - Dos (2) talonarios de pago consecutivo si le pagan quincenal o si cobra dos veces al mes. Cuatro talonarios de pago consecutivo si le pagan semanal.
 - Si usted recibe asistencia del gobierno (TANF, SSI etc.), necesitaremos la carta de Servicios Sociales indicando cuanto usted esta recibiendo.
 - Verificación de manutención monetaria para niños (child support).
 - Decreto de Divorcio (Si es Aplicable).
 - Carta notariada de verificación de empleo del patrón o negocio con el membrete comercial de la compañía.
 - Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros de la familia (Opcional).
3. Prueba de residencia, que muestre su dirección actual.
 - Contrato de vivienda (léase) o Deed.
 - Una factura de gas ó servicio de electricidad
 - Una factura de teléfono actual.
4. Tarjeta de Seguro Medico.

Por favor llame al teléfono proporcionado arriba si usted tiene alguna pregunta. Gracias.

Part I: Application

Expectant Mom

Name Last (Apellido) First (Primer) Middle (Segundo)

Social Security # **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento) / / **Age** **Gender**

(# Seguro Social) (Mes / Día / Año) (Edad) (Sexo)

Highest Level of Education: **Due Date** (Fecha de el Parto) / / **Occupational Status (Trabajo)**

Address (Domicilio) Street Address (Número y Calle) Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Ciudad, Estado & Código Postal) Area Code & Home Phone

(Teléfono del Hogar /Código de área)

Race / Ethnicity (Raza / Grupo Étnico) **Speaks fluent English?** (Habla inglés ?) **Native Language** (Lenguaje Natal) **Family country of origin** (País natal de la familia)

Spouse

Last (Apellido) First (Primer) Middle (Segundo)

Social Security # **Date of Birth** (Fecha de Nacimiento) / / **Age** **Gender**

(# Seguro Social) (Mes / Día / Año) (Edad) (Sexo)

Highest Level of Education: (Nivel mas alto de educación) **Occupational Status** (Trabajo) **Cell Phone incl. Area Code** (Celular /Código de área)

Race / Ethnicity (Raza / Grupo Étnico) **Speaks fluent English?** (Habla inglés ?) **Native Language** (Lenguaje Natal) **Family country of origin** (País natal de la familia)

Children in household (Niños residiendo en el hogar)

Full Name (Nombre Completo)	Social Security # (# Seguro Social)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Gender (Sexo)	Age (Edad)	Grade (Grado)	School (Escuela)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*** If you need to add additional people please do so on another blank sheet and attach to this form***
 (*Sí necesita añadir mas personas por favor hágalo en una hoja separada y añada la hoja a este formulario*)

Cont. Part I: Application

Name Last (Apellido)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Types of services family receives (Tipo de services que la familia recibe).

Supplemental security income/ SSI

(Ingreso suplementario de seguridad)

Public housing assistance

(Subsidio de vivienda pública)

Child Support or Alimony

(Pagos de manutención para niños y divorciantes)

Home energy assistance

(Subsidio del programa de energia)

Unemployment insurance (Seguro de desempleo)

WIC

Public assistance/ TANF (Asistencia pública/ bienestar)

Case # _____

Food stamps (Cupones/ Estampillas de alimento)

Case # _____

Foster care/Adoption subsidy

Subsidio para el cuidado de crianza o la adopción de niños

Case # _____

Medical financial assistance/ Medicaid /Medicare

(Subsidio Médico)

Private Medical Insurance/

(Seguro Médico Privado)

Insurance Name (Nombre del seguro Médico): _____

I.D. number (Numero de identificación): _____

Family Currently Has Means of Transportation (La Familia Actualmente dispone de Medio de Transporte):

Private vehicle
(Vehículo Propio)

Friend's or relative's vehicle
Vehículo de un amigo o familiar

Public transportation
Trasporte público

Housing Payment Arrangement (Forma de Pago de la Vivienda):

Own
(Propia)

Rent
(Rentada)

Receive subsidized housing
Recibe subsidio de vivienda

Exchange services for housing
Ofrece servicios a cambio de vivienda

Make no payment for housing
No hacen pagos por la vivienda

I certify that all of the information contained in this application is true under the penalties as prescribed by the laws of the State of New Jersey and the United States Government. (Certifico que la información contenida en esta aplicación es correcta bajo las penalidades establecidas en las leyes del Estado de NJ y los Estados Unidos)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

AGENCY USE ONLY

I certify that the information given to me on this application has been reviewed and when possible supported by documentation.

Referral Source: _____

Staff Signature: _____

Print Staff name: _____

Date: ___/___/___

Age Verification: Birth Certificate _____ Passport: _____ IMM: _____

Source of Income: Tax Return ___ W2 ___ Pay Stub ___ Notarized letter Employer ___ Income Declaration ___

Unemployment ___ Allotment Letter: ___ Other _____ Annual Income Verification: \$ _____

Proof of residence Provided: _____ # of Adults _____ # of Child(ren) _____

CSST _____ Returned Medical _____ & Dental _____

Part II: Emergency Form

Name Last (Apellido)

First (Primer)

Middle (Segundo)

Address (Domicilio)

Street Address (Número y Calle)

Apt. Fl. (Piso)

City, State, & Zip Code (Cuidad, Estado & Código Postal)

Area Code & Home Phone

(Teléfono del Hogar /Código de área)

Physician (Medico)

Physician's Phone
(Teléfono del Pediatra)

Allergies (Alergias)

Medications
(Medicamentos)

Please list at least 3 people to contact in case of an emergency

(Por favor indique por lo menos 3 personas que podamos llamaren caso de una emergencia)

1

2

Name (Nombre)

--	--

Relationship (Parentesco)

--	--

Area Code & Home Phone
(Tel. del Hogal /Código de área)

--	--

Area Code & Cell phone
(Cellular con Código de área)

--	--

Area Code & Business Phone
(Num. del Trabajo con Código de área)

--	--

3

4

Name (Nombre)

--	--

Relationship (Parentesco)

--	--

Area Code & Home Phone
(Tel. del Hogal /Código de área)

--	--

Area Code & Cell phone
(Cellular con Código de área)

--	--

Area Code & Business Phone
(Num. del Trabajo con Código de área)

--	--

Signature (Firma)

Date (Fecha)